PSYCHIATERIN IN SAN QUENTIN

Meine Arbeit im Todestrakt

VON RAINER SCHMIDT - AKTUALISIERT AM 22.11.2022 - 20:00



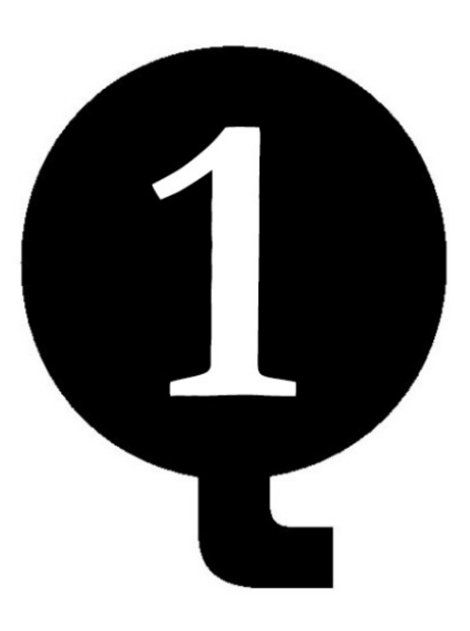
In San Quentin bei San Francisco sind 700 zum Tode Verurteilte inhaftiert. Gundeep Sekhon ist ihre Psychiaterin. Ein Gespräch über Sinnfragen, Gewaltausbrüche – und einen Alarmknopf, den sie immer bei sich trägt.

Das Staatsgefängnis San Quentin bei San Francisco ist das älteste und berühmteste Gefängnis Kaliforniens, hier traten schon Popstars wie Johnny Cash und Metallica auf, hier waren bekannte Verbrecher wie Charles Manson inhaftiert. In dem 1852 eröffneten Komplex befindet sich der größte Todestrakt der Vereinigten Staaten. Seit 2006 hat es in Kalifornien keine Hinrichtungen mehr gegeben, im November 2016 stimmte eine Mehrheit der kalifornischen Wähler für eine Beschleunigung der Ausführung der Todesstrafe, der demokratische Gouverneur Gavin Newsom setzte aber die Verhängung der Todesstrafe per Dekret im März 2019 aus. Er will den Todestrakt in San Quentin auflösen. Die indischstämmige Psychiaterin Gundeep Sekhon lebt seit dreizehn Jahren in den USA und arbeitet seit drei Jahren in San Quentin mit den Gefangenen im Todestrakt. Hier stellt sie ihre persönliche Sicht der Dinge dar, keine offizielle.

edakteur Frankfurter
ly.

Frankfurter Allgemeine Quarterly: Miss Gundeep Sekhon, wie viele Menschen sind derzeit in San Quentin inhaftiert?

Gundeep Kekhon: Etwas mehr als 3000, möglich sind bis zu 4000. Es ist ein Männergefängnis, allerdings haben wir ein paar Transgender-Frauen, die noch in ein Frauengefängnis überstellt werden müssen. Wir sind die einzige kalifornische Anstalt mit zum Tode Verurteilten – mit der höchsten Zahl von Todeskandidaten in den ganzen USA.



Wie viele Männer sitzen im Todestrakt?

Derzeit rund 700.

Worin besteht Ihre Arbeit?

Ich bin, unter anderem, die Psychiaterin für die Inhaftierten im Todestrakt. Ich habe ein Büro, in dem die Patienten mich besuchen können, oder ich spreche mit ihnen vor ihren Zellen.

Wie sehen die Zellen aus?

Im Todestrakt haben alle Einzelzellen, die kleiner sind, als man denkt. Es gibt darin eine Stahltoilette, ein Waschbecken und ein einfaches Bett.

Sind private Sachen in den Zellen erlaubt?

Sie wären erstaunt, wie manche ihre Zellen ausstatten. Einer meiner Patienten ist ein Basketballfan, er hat an den Wänden Poster seiner Stars. Oder man sieht Familienfotos. Einige haben erstaunliche künstlerische Fähigkeiten, sie malen Bilder, einer ist Experte für Perlenstickerei, einer für Häkelarbeiten, ein anderer für Stickerei. Und es ist wie draußen: Einige sind ordentlicher als andere – es ist ihr Zuhause.

In Filmen sehen wir oft Gefangene in orangenen Overalls, was tragen die zum Tode Verurteilten?

Alle Häftlinge tragen, was wir „das Blaue“ nennen, die offizielle Kleidung des CDCR, des „California Department of Corrections & Rehabilitation“. Die besteht aus blauen Jeanshosen, blauen Jacken aus Jeans, weißen Shirts und schwarzen und weißen Schuhen.

Ohne Schnürsenkel?

Die Schuhe, die der Staat ausgibt, haben nicht immer Schnürsenkel, aber sie dürfen ja auch private Schuhe tragen, einige laufen in topmodernen Sneakers herum. Wenn man nicht in psychiatrischer Behandlung oder stationär untergebracht worden ist, darf man auch Schnürsenkel tragen.

Und die orangenen Overalls?

Die werden nur beim Transport getragen. Wer Orange trägt, kommt entweder gerade in San Quentin an oder wird gleich woanders hingebracht.

Wo treffen Sie die Todeskandidaten?

Für ein vertrauliches Gespräch: im Büro. Sie werden von Vollzugsbeamten dorthin geführt. Außerhalb ihrer Zelle begleitet sie stets jemand. Dabei tragen sie immer Handschellen. Sie dürfen sich zu keiner Zeit frei bewegen. Im Büro steht ein „therapeutisches Modul", in dem sie Platz nehmen müssen.

Sind die Begleiter bewaffnet?

Nein. Sie haben lediglich Pfefferspray, einen Schlagstock und ein Alarmsystem bei sich.

Bleiben die Begleiter im Raum?

Nein. Es soll ja ein vertrauliches Gespräch sein. Deshalb haben wir dieses „therapeutische Modul", das uns vor Übergriffen schützen soll.

Wie sieht dieses „Modul" aus?

Es ist ein Metallgehäuse in einer Ecke meines Büros, das eine Tür hat, die man verschließen kann. Darin nimmt der Patient Platz, die Tür wird verschlossen für die Dauer unseres Gesprächs.

Eine Art Käfig?

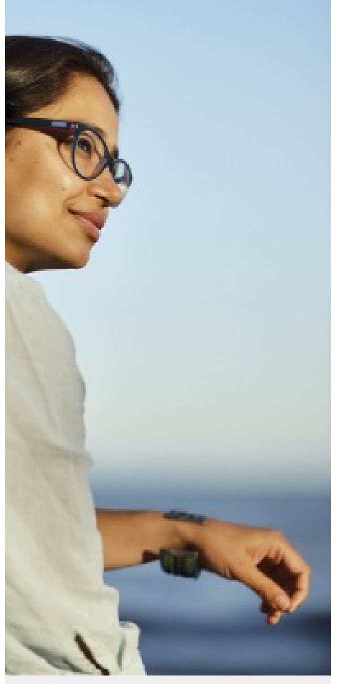
Ja, eine Art Stahlkäfig mit verschließbarer Tür und einer Durchreiche für Essen, Medizin, Formulare etc. Wir mögen den Begriff „Käfig" nicht, deshalb nennen wir es „therapeutisches Modul". Wollen die Patienten das nicht, kann ich zu ihrer Zelle kommen und mich mit ihnen durch die Gitterstäbe unterhalten. Das ist aber weniger vertraulich.

Sind es immer Mörder, mit denen Sie zu tun haben?

Ja, es sind immer Mörder, manchmal Serienmörder.

Wie viel Angst haben Sie um Ihre Sicherheit?

Als ich anfing, hatte ich immer Angst. Ich war neu im Gefängnis-Kosmos, ich wusste nie, ob ich mich mal entspannen kann. Wir nennen das „correctional awareness": Du musst dir immer bewusst sein, wo du gerade bist – was ist vor dir, was ist hinter dir. Sobald du ein Gefängnis betrittst, legt sich diese Spannung über deinen ganzen Körper. Allerdings wäre ich auch draußen als normale Psychiaterin gefährdet, wenn jemand mit bösen Absichten in meine Praxis käme. Hier habe ich immer Sicherheitspersonal in der Nähe. Und ich trage einen Alarmknopf mit mir, der an die Kleidung geklemmt wird. Stürze ich oder macht mein



Niemand wurde als
ı. Wie kann ich sie ermutigen,
strakt sitzen? Wie können sie
ial ausschöpfen?“

Körper ungewöhnliche Bewegungen, wird er automatisch ausgelöst. Oder ich drücke ihn bewusst. Sofort geht der Alarm los.

Mussten Sie ihn schon einmal drücken?

Ja. Es war während eines Treffens des Behandlungsteams, als dieser eine Patient plötzlich ausflippte – außerhalb unseres therapeutischen Moduls. Er schlug und griff nach mir, ich presste den Alarmknopf und versuchte den Raum zu verlassen. Ich habe den schon ein paarmal gedrückt, aber diese Szene ist mir vor allem im Gedächtnis geblieben.

Sind Sie je verletzt worden bei so einem Vorfall?

Nein.

Es gibt ein Moratorium in Kalifornien, die Todesstrafe wird seit 2019 nicht mehr verhängt, seit 2006 wurde niemand mehr exekutiert. Trotzdem gibt es außer extrem seltenen Begnadigungen keine Chance für diese Verurteilten, jemals wieder rauszukommen?

Ja, wenn es keinen neuen Prozess oder eine Begnadigung gibt, was ich noch nicht erlebt habe, bleiben diese Menschen bis zum Lebensende inhaftiert, sie werden im Gefängnis sterben.

Was bedeutet das für Ihre Arbeit?

Ich habe hier Patienten, die sitzen seit drei Jahrzehnten ein. Der Mensch, mit dem ich heute rede, ist ein völlig anderer als vor 30 Jahren. Sie haben sich weiterentwickelt, wie alle anderen draußen auch. Entweder haben sie sich an die Umstände angepasst und hinter Gittern einen Sinn gefunden und eine Einstellung, mit der sie hier leben können. Andere ziehen aus ihrem besonderen Status als Todeskandidaten eine gewisse Stärke. Sie bekommen eine besondere Aufmerksamkeit draußen, das wissen und schätzen sie. Es gibt auch in den USA eine starke Lobby gegen die Todesstrafe, eine große Unterstützung der Betroffenen. Manche Gefangene haben gelernt, das zu ihrem Vorteil zu nutzen.



RISEN
soll’s denn



GESPRÄCH ÜBER ZIVILCOURAGE
„Wer sich schneller ärgert, greift eher ein!“



LEBENSMUT BEIM KRÄUTERGÄRTNERN
Kann Landwirtschaft Kranke heilen?

Führt die Perspektive im Todestrakt unweigerlich zu Depressionen und Selbstmordabsichten?

Generell sind Selbstmordraten und Selbstmordgefährdung viel höher, wenn jemand zum ersten Mal im Leben in eine Zelle kommt. Die erste Woche in Haft ist die gefährlichste. Wenn jemand zum Tode verurteilt wird, nach einem meist langen Prozess, war er schon eine Zeit inhaftiert und hat sich an einige Dinge gewöhnt. Aber vor allem für jüngere Menschen ist es eine ungeheure Umstellung, wenn sie verurteilt werden und plötzlich im Todestrakt sitzen. Auf diese achten wir besonders.

Ist der Anteil der Behandlungsbedürftigen signifikant höher als draußen?

Wir sehen alle mentalen Probleme, die es auch draußen gibt. Aber die Stressfaktoren, gerade im Todestrakt, sind schon ganz besondere. Als etwa die Covid-Pandemie begann, wurden die Besuche der Angehörigen eingestellt. Zeitweise waren auch keine Video-Treffen möglich. Du siehst keine Leute von draußen mehr. Nicht deine Familie. Du kannst dich nicht frei bewegen, immer begleitet dich jemand und sagt dir, wann du dich bewegen kannst. Laufend wirst du in der Zelle kontrolliert – auch weil wir wissen müssen, ob es ihnen gut geht, unsere Patienten sind hoch gefährdete Personen. Sie vermissen ihre Familie, ihre Freunde, können nicht kommunizieren, wie sie wollen. Das alles stresst enorm.

Können Sie in so einer Situation Selbstmordgedanken nachvollziehen?

Ich glaube an die Unantastbarkeit und Heiligkeit des menschlichen Geistes. Jeder sollte immer die Kontrolle über seinen Körper haben. Aber wenn jemand depressiv ist, weil er im Gefängnis seine Identität verloren hat, seine Familie, seine Freunde und seine Privilegien und plötzlich daran denkt, sich selbst etwas anzutun, weil sein Gehirn möglicherweise Entscheidungen fällt, die man normalerweise nicht fällen würde, dann ist es meine Aufgabe als Angestellte des Staates Kalifornien, meine Patienten mit jeder nur möglichen Hilfe zu unterstützen und sie aufzubauen. Es ist verständlich, dass es mehr Gründe zu geben scheint als vorher, das eigene Leben zu beenden. Aber viele finden hier auch einen neuen Sinn und machen auf beeindruckende Art mit ihrer Situation ihren Frieden. Und dabei helfe ich ihnen.

Wie viele werden religiös, finden Trost im Glauben?

Religion, der Glaube, Spiritualität generell spielen eine wichtige Rolle bei der Suche nach Orientierung und Unterstützung.

Unterstützen Sie solche Bestrebungen?

Ja, weil das unseren Patienten hilft. Selbstmord steht etwa im Gegensatz zum christlichen Glauben. Der Glaube schützt also in dem Fall vor solchen Schritten. In anderen Religionen wird das vielleicht anders gesehen. Wir müssen deshalb immer herausfinden: Wie steht unser Patient grundsätzlich zum Thema Selbstmord?

Ist das Ihre Hauptaufgabe – Vermeidung von Selbstmorden?

Meine Hauptaufgabe ist es, Sicherheit zu gewährleisten für meine Patienten. Und sie bei ihrer Rehabilitierung zu unterstützen. Niemand, der hier eingeliefert wird, wurde als Krimineller geboren. Wie also kann ich sie unterstützen und ermutigen, obwohl sie im Todestrakt sitzen? Wie können sie ihr Potential auch hier ausschöpfen?

Wie viele Ihrer Patienten bringen sich pro Jahr um?

Sehr wenige, wir haben hier ein sehr gut funktionierendes Sicherheitsnetzwerk.

Wie kommt es trotzdem zu Selbstmorden im Todestrakt?

Leute hängen sich auf. Sie befestigen eine Schlinge an einem Griff oder einer Türklinke. Andere nehmen eine Überdosis Pillen.

Woher kommen die?

Sie täuschen auf den Krankenstationen die Schwestern bei der Einnahme von Medikamenten, die sie heimlich horten. Oder sie schlucken sie und erbrechen sie sofort wieder, dabei werden die erstaunlichsten Methoden angewendet. Hängen und Pillen sind die häufigsten Arten, sich hier umzubringen.

Nehmen Sie solche Fälle persönlich?

Als Psychiaterin ist es egal, ob man im Knast arbeitet oder draußen, ob die Patienten zum Tode Verurteilte sind oder normale Bürger, jeder Selbstmord trifft einen hart. Aber es ist etwas, womit wir in diesem Beruf leben müssen. Jedes Mal zermartert man sich das Gehirn: Hätte man diesen Menschen retten können? Es gibt das Gefühl des Versagens, des Verlustes. Wut kommt hoch, Trauer, depressive Gefühle, man hadert, irgendwann akzeptiert man es. Aber jeder Fall ist schlimm.

Inhaftierte Menschen, die nach 30 Jahren nicht mehr dieselben sind und möglicherweise als nicht kriminelle, rehabilitierte Bürger in der Gesellschaft leben könnten, haben keine Chance, das zu beweisen. Zweifeln Sie manchmal am Sinn Ihrer Arbeit?



Malerische Lage, brutale Fälle: „Die härteste Prüfung für mich war, als ich feststellte, dass das Mordopfer eines Patienten so alt war wie mein eigenes Kind zu der Zeit.“ Bild: Nicholas Albrecht

Damit muss man seinen Frieden machen. Die Todeskandidaten können ihr neues Ich draußen nicht zeigen, das stimmt, aber sie können es hier drinnen zeigen. Das ist etwas, was ich sehr bewundere: wie manche ihrem Leben eine neue Bedeutung geben. Wie sie erfüllte, zufriedene Leben trotz der Umstände leben. Einige finden neue Freunde, andere Brieffreundschaften oder Leute, die sie besuchen. Manche bilden sich, finden neue Hobbys oder eben zum Glauben. Sie unterstützen andere, weil sie eine neue Stärke gefunden haben. Diese Erfolge kann man auch als Häftling erleben.

Haben die Häftlinge im Todestrakt Sex?

Es ist streng verboten und illegal, mit anderen Häftlingen Sex zu haben. Andererseits stellt der Staat Kondome an verschiedenen Stellen zur Verfügung. Aber das Gefängnis hat eine Nulltoleranzpolitik gegenüber sexuellem Fehlverhalten.

Haben sie dazu die Gelegenheit, wenn sie immer in ihren Zellen sind oder beaufsichtigt werden?

Im Hof treffen sie Mithäftlinge.

Werden sie dabei nicht überwacht?

Es sind Beamte da, aber es ist keine lückenlose Überwachung. Da sind sie mit anderen zusammen. Sie können Basketball spielen, rumhängen, trainieren. Das ist das Maximum an Kontakt zu anderen. Das Essen nehmen sie in ihren Zellen ein, allein.

Kommt es gelegentlich zu Gewaltausbrüchen?

O ja. Es gibt eine Neigung zur Gewalt, es kommt immer wieder zu gewalttätigen Vorfällen: Gewalt gegen sich selbst, gegen Mitgefangene oder gegen die Einrichtung des Gefängnisses – oder Widerstand gegen Vollzugsbeamte.

Was verschreiben Sie hauptsächlich?

Das geht von normalen Antidepressiva bis hin zu Tabletten gegen psychotische Schübe, wir verschreiben Medizin gegen Suchterscheinungen und gegen posttraumatische Störungen.

Gibt es im Gefängnis Drogenabhängige?

Ja, leider. Trotz unserer höchsten Sicherheitsvorkehrungen gibt es hinter Gittern praktisch alle Stoffe, von Heroin bis Kokain, das ist bei uns nicht anders als in anderen Anstalten auch. Die Gefangenen entwickeln ungeahnte Fähigkeiten, wenn sie etwa an Schnüren befestigte Beutel von einer Zelle in die Zelle eines anderen Stockwerks pendeln lassen. Es gab auch ein Problem mit Drohnen von außerhalb, heute ist das Gebiet eine Drohnen-Verbotszone.

Dürfen die Todeskandidaten arbeiten?

Nein, die im Todestrakt arbeiten nicht, leider. Sie können sich weiterbilden, Kurse besuchen oder in den Hof gehen. Wenn Sie bei uns in Behandlung sind, haben Sie zudem Einzel- und Gruppentherapiesitzungen. Aber da bleibt viel Zeit übrig.

Wissen Sie immer, warum jemand verurteilt wurde?

Ja, das ist unabdingbare Voraussetzung dafür, den Patienten umfassend zu verstehen, wir müssen wissen, wen wir vor uns haben. Deshalb haben wir alle relevanten Akten – und müssen sie auch lesen.

Ihre Patienten sind für die grausamsten Verbrechen verurteilt worden, Morde, schlimmste Misshandlungen, brutalste Vergewaltigungen. Haben Sie sich an diese Art von Verbrechen gewöhnt?

Das mag seltsam klingen, aber mit der Zeit gewöhnt man sich daran, Details über bestimmte Verbrechen zu lesen, ja.

Wie reagieren Sie auf die Menschen, über deren grausame Taten Sie Bescheid wissen?

Es hängt manchmal davon ab, in welcher Phase meines Lebens ich gerade bin. Es gibt in der Psychiatrie die Begriffe Übertragung und Gegenübertragung, transference und counter-transference. Übertragung ist, was der Patient mir gegenüber empfindet, seiner Therapeutin und Psychiaterin, Gegenübertragung ist das, was sich bei mir, seinem Gegenüber, entwickeln kann. Er sieht in mir vielleicht die helfende Mutter, die unterstützende Freundin, darauf reagiert man möglicherweise, indem man sich ihm gegenüber wie eine Mutter fühlt oder wie eine Freundin.

Stellen Sie sich beim Lesen der Akten diese Taten bildlich vor?

Diese Berichte sind von der Polizei und sehr detailliert, uns werden keine Einzelheiten erspart. Der Umgang damit fällt immer besonders schwer, wenn die Taten eine Beziehung zum eigenen Privatleben haben. Wenn das Opfer im Alter eines Familienmitglieds oder in einer ähnlichen Situation war. Damit muss man irgendwie umgehen lernen.

Was war für Sie die schwierigste Situation?

Als ich feststellte, dass das Mordopfer eines zum Tode verurteilten Patienten genauso alt war wie mein Kind zu der Zeit. Das war die härteste Prüfung für mich, trotz dieses Wissens objektiv zu bleiben und meinen Job professionell zu machen.

Verfolgt Sie Arbeit nach Dienstschluss?

Ja. Deswegen haben wir auch dieses Aufsichtssystem: Wenn man Probleme hat, kann man sich beraten lassen, mit Kollegen vertraulich reden oder in Therapie gehen. Wenn man etwa merkt, dass man bestimmte Gefühle – als Mutter, als Freundin – gegenüber einem Patienten entwickelt. Oder wenn man plötzlich bestimmten Patienten aus dem Weg geht, weil man ihnen gegenüber komische Gefühle entwickelt. Ich muss mich permanent fragen: Verhalte ich mich hier noch professionell? Oder stimmt da was nicht mit meinen Reaktionen?

Wie haben Sie bei dem Kindesmörder reagiert?

Ich musste mit mir kämpfen. Ich habe das Gespräch mit meinem Supervisor gesucht, ich habe mit Kollegen gesprochen, zu Leuten aus meinem Team. Es war ein Kampf. Aber mir wurde schließlich klar, dass ich das Ziel habe, auch diesem Patienten die Behandlung zukommen zu lassen, die er braucht, und dass ich ihm helfen muss, sich zu rehabilitieren – egal wie nah mir die Einzelheiten des Falles zuerst gingen.

Sie haben Hunderte Mörder kennengelernt. Was ist Ihnen dabei aufgefallen?

Dass man manchmal nicht weiß, was aus einem selbst unter ähnlichen Umständen geworden wäre. Da sind, die vor langer Zeit, mit 18 Jahren, einen Mord begangen haben, weil sie zur falschen Zeit am falschen Ort waren. Oder sie in einem gewalttätigen Viertel oder einer Gang-Familie aufgewachsen sind. Oder die aus Armutsgründen einer Bande beigetreten sind. Auf der anderen Seite gibt es die hochintelligenten Mörder, wahre Psychopathen, schlau, gebildet, eiskalt, die ihre Verbrechen vorsätzlich und ohne das geringste Bedauern verübt haben. Das sind wohlartikulierte Charaktere, die genau wissen, wie sie Empathie heucheln können. Sie können sehr charmant sein, sie werfen ihre Köder aus und beobachten ganz genau, ob du anbeißt und sie dich um den Finger wickeln können.

Ist das die Hannibal-Lecter-Erfahrung?

So einen hatte ich noch nicht, aber man sieht wirklich das ganze menschliche Spektrum, viele würden auf der Straße nicht auffallen, sie sind gebildet und interessiert, sie haben interessante Hobbys und können sich über Politik unterhalten.

Kann jeder zum Mörder werden?

Ja, ich glaube, wenn die Umstände entsprechend sind, ist das auf jeden Fall möglich.

Waren Sie mal davor, den Glauben an die Menschheit zu verlieren?

Nein, aber ich bin vorsichtiger geworden. Wenn ich ein Auto vor unserem Haus parken sehe mit jemand, den ich nicht kenne, werde ich eher die Polizei rufen. Ich muss dann wissen, wer das ist. Ich kann so eine Situation nicht einfach ignorieren. Das kommt mit dem Job, du bist immer auf der Hut. Zugleich bin ich sehr viel dankbarer dafür, wie ich lebe und was ich erreicht habe. Denn hätte ich eine Kindheit gehabt wie viele meiner Patienten, wer weiß, was dann aus mir geworden wäre.

Wie beeinflusst Ihr Beruf Familie und Privatleben?

Meine Hyperwachsamkeit und Vorsicht, die Fragen, die ich immer stelle, manchmal fühlt es sich fast so an, und wir machen immer Witze darüber, als wären für mich alle Menschen erst mal schuldig, bis sie das Gegenteil beweisen. Das macht es für andere nicht gerade leicht. Ich bin angespannt, ich überreagiere, bin immer vorsichtig, das alles sind Folgen des Jobs.

Woraus ziehen Sie Befriedigung bei der Arbeit?

Wenn ich meinen Patienten helfen kann, ihr eigenes Problem zu erkennen, und sie dazu bringe, daran zu arbeiten. Wenn ich sehe, dass ich ihnen das Rüstzeug gegeben habe, um damit ihre Situation zu verbessern, wenn das auch nur ein bisschen funktioniert, bin ich wirklich zufrieden.

Träumen Sie manchmal von den Taten?

Nicht oft, aber das passiert.

Mögen Sie Krimis?

Ich weiß, es klingt absurd, aber ich liebe Krimis, ich lese für mein Leben gern Thriller.

Vergleichen Sie echte Verbrechen mit der Lektüre?

Nein, das kann ich sehr gut auseinanderhalten.

Hatten Sie Patienten, bei denen Sie dachten, das ist jetzt too much?

Unsittliche Entblößungen machen mir zu schaffen. Wenn mir jemand plötzlich seine Genitalien zeigt oder mich anspuckt, diese Art von Gewaltausübung schüttele ich nicht immer einfach ab. Da habe ich auch schon mal um Hilfe gebeten oder dafür gesorgt, dass ein bestimmter Patient nicht mehr von mir behandelt wird.

Ihre Patienten sehen selten Frauen im Todestrakt. Führt das zu unangenehmen Situationen?

Definitiv, man wird zum Objekt gemacht. Mal eher zurückhaltend und respektvoll: „Sie sehen gut aus heute“ – bis hin zu exhibitionistischen Aktionen. Deswegen trage ich im Gefängnis nur noch lange, weite Sachen, die den Körper eher verbergen. Heute kann ich auch besser reagieren. Du lachst nicht mit, wenn sie blöde Witze machen, sondern signalisierst deutlich, wo sie Grenzen überschreiten.

Manchmal beweisen Unterstützer die Unschuld von Verurteilten. Haben Sie das auch mal erlebt?

Ja, erst kürzlich hatten wir einen Fall, da wurde durch die Initiative einer Gruppe das Todesurteil in ein „lebenslänglich“ umgewandelt. Immerhin.

Lebenslänglich heißt in den USA – im Gegensatz zu Deutschland – tatsächlich bis zum Ende des Lebens. Denken Sie manchmal nicht: Das ist unfair, hier hat sich jemand seit seiner Tat zu einem anderen Menschen entwickelt, der sollte frei sein?

Da sind wir wieder bei der Gegenübertragung, bei Gefühlen, die wir für unsere Patienten entwickeln können, negativ oder positiv. Wenn man denkt, ich möchte, dass der freikommt, weil der jetzt 60 ist und nicht mehr die Person, die er mit 18 war. Ja, diese Gefühle gibt es.

Gavin Newsom, der Gouverneur Kaliforniens, ist gegen die Todesstrafe, aber bei offiziellen Abstimmungen in Kalifornien gab es immer Mehrheiten dafür. Wie stehen Sie persönlich zur Todesstrafe?

Für bestimmte Verbrechen und Situationen bin ich für die Todesstrafe, in anderen Fällen sollten wir mehr an der Rehabilitierung arbeiten.

Können Sie die Fälle benennen, in denen Sie die Todesstrafe für gerechtfertigt halten?

Es käme auf die sehr konkreten Fälle und Situationen an.

Hat sich Ihre Meinung zur Todesstrafe geändert?

Nein.

Aber Sie haben selbst gesagt, dass diese Leute nach all den Jahren andere Menschen geworden sind, dass sie als rehabilitierte Bürger in der Gesellschaft leben könnten, wie kann es da sein, dass Sie immer noch für die Todesstrafe sind?

Ja, das ist die Dichotomie, mit der ich klarkommen muss. Um meine Arbeit professionell ausüben zu können, studiere ich ihre strafrechtliche Vergangenheit erst, wenn ich bereits ein therapeutisches

Verhältnis zu ihnen entwickelt habe. Das gibt mir genug Raum, um sie als die Menschen zu sehen, die sie heute sind.

Der Gouverneur will den Todestrakt auflösen?

Er will die zum Tode Verurteilte auf andere Hochsicherheitsgefängnisse verteilten und hat das Dekret über die Nichtverhängung der Todesstrafe verlängert. Über die Abschaffung der Todesstrafe könnten nur die kalifornischen Wähler entscheiden. Bei der letzten offiziellen Abstimmung 2016 war eine Mehrheit dagegen.

Was bedeutet die Auflösung des Todestraktes?

Für einige im Todestrakt bedeutet das Stress. Sie sind seit Jahrzehnten hier, es ist ihr Zuhause, sie kennen nur San Quentin, nicht die Kultur anderer Anstalten. Viele haben ihre Anwälte hier in der Umgebung, das garantiert einen regelmäßigen Austausch. Für andere ist eine Verlegung günstig, weil sie näher an ihren Familien sind. Eine spezielle Kommission befasst sich mit den Verlegungen und bereitet andere Gefängnisse auf die besonderen Anforderungen für Häftlinge aus den Todeszellen vor. F

Kann man Ihren Job ein Leben lang machen?

Im Moment fühlt er sich richtig an, mit meiner Arbeit kann ich einen Beitrag leisten, der Gesellschaft helfen und etwas zurückgeben. Aber die Burnout-Rate in diesem Beruf ist gewaltig, deswegen kann ich keine zuverlässigen Aussagen über die Zukunft treffen.